

Informations- und Anamnesebogen – Zahnarztpraxis Dr. Sylke Handke



Um Sie optimal und individuell behandeln zu können, sind uns folgende Angaben wichtig.
Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient:

Name:
Straße:
PLZ/Ort:

Vorname:
Telefon:
Geburtsdatum:

Allgemeine Anamnese

Hausarzt:

Name:
Straße:

Telefon:
PLZ/Ort:

Stehen Sie z.Z. in ärztlicher Behandlung?

ja nein

Nehmen Sie **regelmäßig Medikamente** ein? Wenn ja, welche:

ja nein

Leiden Sie an?

- 1. Herzerkrankungen (Herzschrittmacher, Herzklappenersatz) ja nein
- 2. Kreislaufbeschwerden (zu niedriger/hoher Blutdruck) ja nein
- 3. Stoffwechselerkrankungen (Diabetis, Schilddrüsenerkrankung) ja nein
- 4. Blutkrankheiten (Gerinnungsstörung, Blutungsneigung) ja nein
- 5. Lebererkrankungen (Hepatitis) ja nein
- 6. Nierenerkrankungen (Dialyse) ja nein
- 7. Atemwegs-/Lungenerkrankungen (Asthma, chronische Bronchitis) ja nein
- 8. Magenerkrankungen (Sodbrennen, Refluxkrankheit, Geschwür) ja nein
- 9. Nervenerkrankungen (Krampfanfälle, Lähmung, Depression, Ängste) ja nein
- 10. Infektionskrankheiten (HIV) ja nein
- 11. Skelett- oder Knochensystemerkrankungen (Osteoporose, Gelenk- oder Muskelerkr.) ja nein
- 12. Bestehen Überempfindlichkeiten / Allergien ja nein
Allergiepass

• Wann war ihre letzte Röntgenuntersuchungen?

• Sind sie schwanger? ja nein

Zahnärztliche Anamnese

- Stört Sie das Aussehen Ihrer Zähne? ja nein
- Kennen Sie die Professionelle Zahnreinigung? ja nein
- Haben Sie Zahnfleischbluten? Häufig? Gelegentlich? ja nein
- Haben Sie empfindliche Zähne? Temperatur? Aufbiss? ja nein
- Haben Sie Beschwerden beim Kauen? ja nein
- Pressen oder Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein
- Schmerzen beim Mundöffnen, Gähnen oder Lachen? ja nein
- Schmerzen oder Verspannungen im Kopf- oder Nackenbereich? ja nein
- Wurden Sie kieferorthopädisch behandelt? ja nein
- Schnarchstörungen? ja nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben mit.

Datum: _____

Unterschrift: _____